



**Universidade de Aveiro** Departamento de Educação  
Ano 2013

**FILIPA ALEXANDRA  
FERREIRA MARTINS**

**VALIDAÇÃO DA ESCALA DE EXPERIÊNCIAS  
SUBJETIVAS DE PSICOSE**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, realizada sob a orientação científica da Doutora Sandra Cristina de Oliveira Soares, Professora Auxiliar do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro, e co-orientação do Licenciado Nuno Gonçalo Gomes Fernandes Madeira, Assistente de Psiquiatria no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Dedico este trabalho aos meus pais e ao Alexandre, pela presença, força, compreensão, paciência, amor, apoio incondicional e por todas aquelas palavras especiais.

Aos meus amigos de sempre e para sempre, por estarem sempre lá.

À minha família de ambas as partes, que me deu muito mais do que imagina.

A todos aqueles que direta ou indiretamente fizeram parte deste projeto.

## **o júri**

presidente

**Prof. Doutora Anabela Maria de Sousa Pereira**  
Professora Auxiliar com Agregação da Universidade de Aveiro

**Prof. Doutora Marcela Salomé Andrade Matos**  
Bolseira de Pós-Doutoramento da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da  
Universidade de Coimbra

**Prof. Doutora Sandra Cristina de Oliveira Soares**  
Professora Auxiliar da Universidade de Aveiro

## **agradecimentos**

À Doutora Sandra Soares, pela competência científica, acompanhamento e suporte emocional, pela generosidade, motivação, disponibilidade, críticas, sugestões e pelo seu exemplo enquanto profissional.

Ao Doutor Nuno Madeira, pela constante disponibilidade, pelos seus valiosos conhecimentos e esclarecimentos, pelo incansável apoio e inspiração e por ter criado as condições necessárias à realização desta investigação.

Ao Doutor Pedro Bem-Haja, pelo entusiasmo demonstrado e auxílio prestado.

À Doutora Carolina Roque e à Sandra Neves, pelo envolvimento neste projeto, informação e momentos partilhados.

A todos os pacientes que voluntariamente participaram nesta investigação.

Aos demais que continuam a estar presentes no meu percurso, na minha vida e em todas as fases que nela começam e acabam, o meu mais sincero Obrigado.

## **palavras-chave**

Psicose, Esquizofrenia, Perturbação Bipolar, Recuperação, Instrumentos de Auto-avaliação.

## **resumo**

Um número alargado de instrumentos têm vindo a ser desenvolvidos para avaliar de forma válida e fiável sintomas psicóticos e os efeitos do tratamento ao longo do tempo. Porém, grande parte destes instrumentos são de hetero-avaliação, focando apenas a presença e severidade de sintomas psicopatológicos, não tendo por isso em conta outras dimensões que poderão ser relevantes do ponto de vista dos doentes no que diz respeito aos efeitos do tratamento. A Escala de Experiências Subjetivas de Psicose (SEPS) surgiu assim da necessidade de disponibilizar uma escala de auto-avaliação, que refletisse as várias dimensões das experiências psicóticas e que traduzisse a experiência e perspectiva de pacientes em termos de recuperação da psicose. O objetivo do presente estudo foi traduzir, adaptar e validar a versão portuguesa da SEPS, com o intuito de disponibilizar um instrumento que permita avaliar e monitorizar dimensões de sintomas psicóticos. A amostra foi constituída por 30 participantes do Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, que tinham experienciado recentemente delírios ou alucinações. A SEPS foi preenchida juntamente com outros instrumentos de hetero-avaliação (BPRS, ITAQ, FAST e CDSS) e de auto-avaliação (RAS, BSI, BDI-II e MARS). Dois fatores principais, representando as componentes positiva e negativa de cada subescala, foram identificados. Foram obtidos bons valores de consistência interna e de fidelidade teste-reteste para as componentes positivas e negativas de todas as subescalas. As subescalas da SEPS apresentaram-se correlacionadas com as medidas de auto e hetero-avaliação utilizadas. A SEPS demonstrou ser uma escala útil na avaliação e monitorização de dimensões de sintomas psicóticos.

**keywords**

Psychosis, Schizophrenia, Bipolar Disorder, Recovery, Self-report Questionnaire.

**abstract**

A large number of instruments have been developed to evaluate psychotic symptoms and the effects of treatment over time. However, most of these measures are observer-based assessments, focusing only on the presence and severity of psychopathological symptoms, and therefore not considering other dimensions that may be relevant from the patients point of view regarding the treatment effects. The Subjective Experiences of Psychosis Scale (SEPS) emerged to provide a self-report scale that would reflect the several dimensions of psychotic experiences and to translate the perspective and experience of patients in terms of recovery from psychosis.

The aim of this study was to adapt and validate the portuguese version of SEPS, in order to provide an instrument to assess and monitor dimensions of psychotic symptoms.

The sample consisted of 30 participants of the Psychiatric Service of the Coimbra Hospital and University Centre, who had recently experienced delusions or hallucinations. The SEPS was filled with other observer based assessments (BPRS, ITAQ, FAST and CDSS) and self-report questionnaires (RAS, BSI and BDI-II).

Two main factors, representing the positive and negative components of each subscale were identified. We obtained good internal consistency and test-retest reliability for the positive and negative components of all subscales. The subscales of SEPS correlated with the observer-based assessments and self-report questionnaires used.

The SEPS proved to be useful in the assessment and monitoring dimensions of psychotic symptoms.

## Índice

<b>Introdução .....</b>	<b>1</b>
Sintomas Psicóticos.....	1
Características de Diagnóstico.....	2
Prognóstico - Variáveis Sócio-Demográficas e Sintomatológicas.....	3
Instrumentos de Auto e Hetero-Avaliação .....	4
Recuperação - Perspetiva Pessoal e Clínica .....	5
Escala de Experiências Subjetivas de Psicose (SEPS).....	7
Características Psicométricas.....	8
Validade.....	8
Fidelidade/Consistência.....	8
<b>Metodologia.....</b>	<b>9</b>
Participantes.....	9
Instrumentos .....	11
Descrição de Instrumentos.....	11
Procedimentos.....	14
<b>Resultados .....</b>	<b>15</b>
<b>Discussão .....</b>	<b>21</b>
<b>Referências .....</b>	<b>26</b>

## **Lista de Tabelas**

<b>Tabela 1.</b> Informação demográfica da amostra .....	10
<b>Tabela 2.</b> Estatísticas descritivas dos instrumentos para cada diagnóstico .....	16
<b>Tabela 3.</b> Estatísticas descritivas para as subescalas da SEPS e para o género e diagnóstico .....	16
<b>Tabela 4.</b> Correlações entre subescalas da SEPS .....	17
<b>Tabela 5.</b> Medidas de fidelidade: consistência interna e fidelidade teste-reteste .....	19
<b>Tabela 6.</b> Correlações entre as subescalas da SEPS e outros instrumentos de auto-avaliação e hetero-avaliação .....	20



## **Introdução**

### **Sintomas Psicóticos**

De todas as manifestações psiquiátricas, a psicose é presumivelmente a condição mais dramática e cativante em termos clínicos e que tem sido, ao longo do tempo, constante foco de atenção na comunidade científica.

Os sintomas psicóticos referem-se geralmente à presença de ideias delirantes e alucinações, podendo também incluir comportamentos e discurso desorganizados (APA, 2013). No manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais - DSM-5 (APA, 2013), a Psicose é conceptualizada como um conjunto de diferentes perturbações psicóticas, de forma a facilitar o diagnóstico diferencial de perturbações que incluem sintomas psicóticos proeminentes. Porém, é de salientar que os sintomas psicóticos se podem manifestar noutras perturbações mentais (por exemplo Perturbação do Humor com Características Psicóticas e Demência), não devendo por isso ser considerados exclusivos à Esquizofrenia ou a outras Perturbações Psicóticas (APA, 2013).

De uma maneira geral, a primeira manifestação de sintomas psicóticos ocorre na adolescência ou início da idade adulta. A incidência é superior em homens, sendo neste género que se verifica o início de sintomas mais precoce (Kirkbride et al., 2006; McGrath, Saha, Chant, & Welham, 2008). No estudo de Kirkbride et al. (2006) verificou-se que o primeiro episódio psicótico, ocorre tanto para homens como para mulheres, em média, numa idade inferior a 35 anos (média de 29,6 para os homens e de 32,6 para mulheres).

O curso da psicose pode variar em grande medida entre os indivíduos. Em alguns casos este pode ser considerado crónico (como acontece por vezes na Esquizofrenia), com a manifestação contínua de sintomas psicóticos ou caracterizado por períodos intermitentes de episódios psicóticos e remissão de sintomas. Embora menos comuns, há casos em que há a ocorrência de um único episódio psicótico, seguido da remissão completa de sintomas (e.g. Perturbação Psicótica Breve).

A psicose tem sido associada a uma baixa escolaridade, baixo grupo de suporte primário e em alguns casos a uma condição socioeconómica desfavorecida, nomeadamente desemprego (van Os, Hanssen, Bijl, & Ravelli, 2000). Estudos têm verificado que doentes com Esquizofrenia são também, frequentemente solteiros, não tendo um parceiro estável (Ramirez et al, 2010)

Dados epidemiológicos sugerem que a prevalência da Esquizofrenia se situa entre os 0,2% e 1%, sendo a incidência anual de 7,7 a 43 por 100 000 habitantes (McGrath, Saha, Chant, & Welham, 2008). Se a Esquizofrenia e outras Perturbações Psicóticas forem consideradas em conjunto com as restantes categorias de diagnóstico que apresentam sintomas psicóticos (como a Perturbação Bipolar I), a prevalência excede os 3% (Perala et al., 2007). Apesar destes dados, vários estudos têm vindo a apurar a existência de experiências psicóticas na população geral (van

Os, Hanssen, Bijl, & Ravelli, 2000; Wiles et al, 2006), situando-se a prevalência nos 5% a 8%, como verificado numa meta-análise de van Os et al. (2009). Esta prevalência reforça a ideia de que os sintomas psicóticos podem ocorrer numa porção muito mais ampla da população, do que aquela aceite para as perturbações psicóticas tradicionalmente definidas segundo critérios diagnósticos.

### **Características de Diagnóstico**

As várias categorias de diagnóstico das perturbações psicóticas, distinguem-se entre si através de critérios baseados na duração, disfunção, uso de substâncias, bizarria dos delírios, e presença de depressão ou mania (van Os & Kapur, 2009). Para além destes, os episódios psicóticos podem estar também associados a condições físicas gerais (APA, 2013).

As características psicopatológicas presentes nas várias categorias de diagnóstico das Perturbações Psicóticas sugerem que os sintomas podem ser agrupados em cinco domínios (APA, 2013): 1. sintomas positivos, que refletem um excesso ou distorção de funções normais, e incluem as ideias delirantes, as alucinações, o discurso desorganizado e o comportamento marcadamente desorganizado; 2. sintomas negativos, que recaem sobre uma diminuição ou perda de funções normais, incluindo reduções na variedade e intensidade de expressões emocionais (embotamento afetivo), na fluência e produtividade do pensamento e do discurso (alogia) e na iniciação de um comportamento dirigido com objetivo (avolição); 3. sintomas cognitivos (défices cognitivos a nível da memória, atenção e função executiva); 4. sintomas depressivos (humor depressivo ou perda de interesse em quase todas as atividades, e diminuição da atividade ou energia); e 5. sintomas maníacos (humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento da atividade ou energia).

A Esquizofrenia é provavelmente uma das condições psiquiátricas mais debilitantes e enigmáticas e que acarreta as consequências mais avassaladoras para os indivíduos. Segundo o DSM-5 (APA, 2013), esta refere-se a um conjunto de sinais ou sintomas característicos que compreendem sintomas positivos e negativos que estão presentes durante uma parte significativa do tempo, no período de um mês ou menos, se tratados com sucesso, com alguns sinais da perturbação persistindo durante pelo menos seis meses. Os doentes que apresentam sintomas positivos da psicose, um menor número de sintomas negativos e que expressam níveis significativos de sintomas depressivos e maníacos, são normalmente diagnosticados com Perturbação Bipolar (van Os & Kapur, 2009). Os sintomas psicóticos, como alucinações e delírios, ocorrem normalmente em simultâneo com estados severos de mania ou depressão e tendem a refletir o estado extremo de humor que o indivíduo vivencia no momento (APA, 2013).

Estudos têm evidenciado que as várias categorias de diagnóstico das perturbações psicóticas apresentam uma sobreposição genética entre si e com a Perturbação Bipolar, sugerindo uma etiologia comum (Lichtenstein et al., 2009)

O diagnóstico diferencial entre Esquizofrenia, Perturbação Bipolar I e Perturbação Esquizoafetiva é por vezes difícil, devido à sobreposição de sintomas psicóticos e de humor existente entre estas perturbações. O diagnóstico de Perturbação Bipolar I é feito, caso os sintomas psicóticos tenham ocorrido apenas durante um episódio de humor (APA, 2013). A perturbação Esquizoafetiva, por seu lado, distingue-se das anteriores, pela ocorrência simultânea de um episódio de humor com sintomas que preenchem os critérios para o diagnóstico de Esquizofrenia, seguido ou precedido por um período caracterizado apenas por sintomas característicos de Esquizofrenia (APA, 2013).

### **Prognóstico - Variáveis Sócio-demográficas e Sintomatológicas**

De uma forma geral, à medida que o tempo passa, os sintomas psicóticos tendem a ficar menos severos, porém, o declínio cognitivo e os sintomas negativos revelam-se mais proeminentes (APA, 2013). A psicose é frequentemente acompanhada por uma diminuição geral no funcionamento, estando normalmente associada a um mau prognóstico (van Os & Kapur, 2009).

De todas as condições psiquiátricas com presença de sintomatologia psicótica, a Esquizofrenia é aquela que apresenta uma duração superior e um pior prognóstico (Arranz et al., 2009). Uma idade de início de sintomas psicóticos mais precoce, prediz normalmente uma maior severidade da doença a longo prazo (Rabinowitz, Levine, & Hafner, 2006). O sexo feminino, uma idade jovem, um nível superior de competências sociais e menores níveis de sintomatologia negativa, têm sido indicados como preditores de bom prognóstico. Para além disso, o percurso dos indivíduos que recuperam é marcadamente superior em termos de capacidade de desenvolver uma vida de forma independente (Albert et al., 2011). Apesar disso, mesmo com a presença de sintomas psicóticos, grande parte dos indivíduos consegue manter uma atividade profissional e tem uma vida relativamente estável (Albert et al., 2011).

Os sintomas depressivos e de ansiedade estão frequentemente associados à Psicose e têm muitas vezes implicações importantes no tratamento. De uma forma geral, estes têm sido associados a uma maior severidade dos sintomas psicóticos, a um pior prognóstico e a um aumento da taxa de recaída (Hartley, Barrowclough, & Haddock, 2013).

Num estudo realizado por Schennach-Wolff et al. (2011), a presença de sintomas depressivos em doentes com Esquizofrenia foi associada a um pior prognóstico, funcionamento ocupacional, qualidade de vida e a uma taxa de recaída e de suicídio superior. Lysaker e Salyers (2007) verificaram que os sintomas de ansiedade eram bastante prevalentes na Esquizofrenia,

conduzindo frequentemente a um mau prognóstico, podendo levar a um aumento dos sintomas psicóticos, depressivos e a uma diminuição da funcionalidade geral dos indivíduos.

O baixo *insight* é frequente nas Perturbações Psicóticas, sendo que uma parte significativa dos indivíduos não têm capacidade de discernir sobre a natureza da sua perturbação, os seus sintomas, as suas consequências e a necessidade de tratamento. Tanto para a Esquizofrenia como para a Perturbação Bipolar I, um baixo *insight* tem sido associado a um pior prognóstico, a uma diminuição da funcionalidade, a um aumento dos níveis de sintomatologia positiva e negativa e a uma pior adesão à medicação (Látalova, 2012; Mintz, Dobson, & Romney, 2003). Estudos indicam que indivíduos com Esquizofrenia tendem a ter níveis de *insight* inferiores, pelo que os efeitos negativos a nível de sintomatologia e funcionalidade são, de uma forma geral, mais severos (Látalova, 2012). Por outro lado, um *insight* superior é normalmente associado a uma maior severidade de sintomas depressivos, a uma maior adesão à medicação e por sua vez a um melhor prognóstico (Látalova, 2012; Mintz et al., 2003).

### **Instrumentos de Auto e Hetero-Avaliação**

Muitos instrumentos têm vindo a ser desenvolvidos para avaliar de forma válida e fiável sintomas psicóticos e os efeitos do tratamento ao longo do tempo. Em contextos de prática e investigação clínicas, estes tornam-se necessários uma vez que permitem a monitorização de sintomas, a adequação do tratamento e a constante melhoria dos serviços de saúde mental.

A grande maioria destes são de hetero-avaliação, isto é, aplicados e cotados pelos clínicos através de entrevistas e observações dos doentes (Haddock et al., 2011). Os instrumentos de auto-avaliação baseiam-se na percepção do doente em relação à sua saúde mental e respectivo tratamento, sem qualquer tipo de interferência pela parte dos clínicos, sendo por isso encarados como medidas de avaliação subjetiva (McCabe, Saidi, & Priebe, 2007). Apesar de menos utilizados, têm cada vez mais provado ser de ampla utilidade na prática e investigação clínicas, nomeadamente como meio de avaliar o grau em que os tratamentos utilizados têm efeitos benéficos para os doentes (McCabe et al., 2007).

Os instrumentos de auto-avaliação apresentam várias vantagens relativamente aos de hetero-avaliação. Por um lado, os instrumentos de hetero-avaliação têm demonstrado ser de difícil aplicação na prática clínica, uma vez que necessitam que os clínicos sejam instruídos na utilização dos mesmos, o que nem sempre é exequível. Este facto leva a que frequentemente se obtenham resultados muito variáveis entre avaliadores. Os instrumentos de auto-avaliação colmatam este facto, pela facilidade de implementação, cotação e interpretação (Niv, Cohen, Mintz, Ventura, & Young, 2007). Por outro lado, alguns efeitos do tratamento só são conhecidos pelo doente e não podem ser medidos através da observação dos clínicos. Além disso, apenas os doentes podem

providenciar uma perspectiva realista do efeito do tratamento. Isto verifica-se quando os instrumentos de hetero-avaliação indicam ganhos terapêuticos que não correspondem ao funcionamento do doente e à forma como este se sente (McCabe et al., 2007).

Apesar de serem largamente utilizados, grande parte destes instrumentos apenas se foca na presença e severidade de sintomas, não tendo em conta outras dimensões que poderão ser relevantes para os doentes no que diz respeito aos efeitos do tratamento (Haddock et al., 2011). De facto, esta perceptiva do doente é particularmente importante nos casos de doença mental grave, em que vários domínios podem estar afetados. Enquanto alguns doentes podem dar prioridade a uma diminuição de sintomas ou efeitos colaterais, outros podem dar mais importância às relações sociais ou ao seu funcionamento global. Assim, dois indivíduos que apresentem pontuações idênticas num conjunto de instrumentos que apenas foque sintomas psicopatológicos, podem sentir-se muito diferentes em relação ao seu estado de saúde mental (Rosenheck et al, 2005).

### **Recuperação - Perspetiva Pessoal e Clínica**

Efectivamente, no domínio da psicose, a definição de recuperação tem sido abordada de forma distinta, consoante é perspetivada em termos pessoais ou clínicos.

A perspetiva clínica refere-se à definição de recuperação aceite pela comunidade científica, como a diminuição ou desaparecimento de sintomas, associada a uma melhoria na funcionalidade geral do indivíduo e consequente diminuição da procura de serviços de saúde mental (Cavelti, Kvrjic, Beck, Kossowsky, & Vauth, 2012). No âmbito da psicose, esta visão tem sido largamente adoptada (Silverstein & Bellack, 2008), uma vez que está demonstrado que os sintomas psicóticos contribuem em grande medida para uma marcada perturbação do funcionamento social ou ocupacional dos indivíduos (APA, 2013).

Consequentemente a esta perspetiva, um número alargado de instrumentos para medição de sintomas e funcionamento foram desenvolvidos, apresentando níveis de fidelidade elevados, tendo sido reforçada a ideia de recuperação como a diminuição de sintomas psicopatológicos (Mausbach, Moore, Bowie, Cardenas, & Patterson, 2009).

No entanto, estes instrumentos tinham implícito que os indivíduos não variavam em termos de recuperação, não reflectindo, por isso, o processo multidimensional de recuperação da psicose que estes relatavam (Wood, Price, Morrison, & Haddock, 2010).

Apesar da visão tradicionalmente aceite das perturbações psicóticas, como ostentando um prognóstico desfavorável, com um curso deteriorante e implicações muito negativas para a vida dos doentes, atualmente admite-se que a recuperação é possível, apesar da presença de sintomas clínicos significativos. De facto, estudos têm vindo a verificar um prognóstico dotado de

heterogeneidade entre indivíduos com perturbação psicótica, ao invés de um curso negativo uniforme (Menezes, Arenovich, & Zipursky, 2006).

A perspetiva pessoal de recuperação surge assim como um processo de adaptação e desenvolvimento, pelo qual o sujeito supera as consequências pessoais e sociais negativas da doença mental e obtém uma vida auto-determinada e significativa (Cavelti et al., 2012). Esta não implica necessariamente a diminuição ou desaparecimento dos sintomas psiquiátricos, mas a obtenção de objetivos específicos de recuperação, definidos do ponto de vista do doente (Roe, Mashiach-Eizenberg, & Lysaker, 2011).

Nos serviços de saúde mental, esta definição levou a que se começassem a ter em conta as experiências subjectivas, as necessidades e as preferências dos doentes a nível da avaliação e tratamento (Deegan & Drake, 2006). Porém, a subjetividade inerente a esta perspetiva pessoal de recuperação, levou a que fosse mais difícil medir objetivamente a recuperação dos indivíduos e, consequentemente, a construção de instrumentos de recuperação tornou-se mais complexa (Slopen & Corrigan, 2005).

No estudo realizado por Wood et al. (2010) pretendeu-se averiguar que fatores, segundo a perspetiva de doentes, contribuíam para a recuperação da psicose e de que forma esta estaria relacionada com a diminuição de sintomas. Da análise dos resultados surgiram quatro temas principais: impacto na saúde mental; mudança individual e adaptação; redefinição social; e desenvolvimento de estratégias de *coping* individuais. Para além de reforçar o processo multidimensional de recuperação da psicose, este estudo também demonstrou que a diminuição de sintomas psicóticos, quando em conjugação com outros fatores, tem um papel preponderante para alguns indivíduos no processo de recuperação. Para outros, porém, a recuperação não implicava necessariamente a redução nos sintomas psicóticos, mas a ausência dos seus impactos negativos.

Um outro estudo desenvolvido por Wood, Price, Morrison e Haddock (2013), cujo objetivo principal era semelhante ao anterior, revelou quatro diferentes perspetivas em relação à percepção de indivíduos sobre a recuperação da psicose: suporte colaborativo e compreensão; mudança emocional através de suporte médico e social; aumento da funcionalidade e obtenção de objetivos ocupacionais; e recuperação focada em fatores individuais. Estes resultados sugerem que existem diferentes aspetos de recuperação da psicose, que não estão necessariamente relacionados com a diminuição ou desaparecimento de sintomas, apesar destes também se revelarem importantes para alguns doentes. Assim, no que se refere à conceptualização de recuperação, a perspetiva idiossincrática de cada doente deve ser tida em conta.

Wood et al. (2010; 2013) destacaram assim a importância de conjugar tanto fatores pessoais como sintomas no conceito de recuperação da psicose. Também Silverstein e Bellack (2008) defendem que as duas vertentes devem ser vistas como complementares, já que permitem

uma avaliação multidimensional do processo de recuperação dos indivíduos, contribuindo assim para uma intervenção individualizada.

Estudos têm salientado a importância de desenvolver instrumentos que permitam aceder tanto a uma vertente clínica como pessoal de recuperação na psicose (Mausbach et al, 2009). Porém, grande parte destes estudos tem focado cada uma das vertentes de uma forma independente, tornando-se necessário o desenvolvimento de instrumentos que incidam sobre uma perspetiva holística de recuperação, tendo em conta os fatores mais relevantes da perspetiva dos doentes.

### **Escala de Experiências Subjetivas de Psicose (SEPS)**

A SEPS (Haddock et al., 2011) surgiu assim da necessidade de disponibilizar uma escala de auto-avaliação de experiências psicóticas, que refletisse as várias dimensões de psicose e que permitisse avaliar os efeitos do tratamento nos indivíduos.

De forma a que pudesse traduzir a experiência e perspetiva de doentes em termos de recuperação da psicose, a concepção da SEPS desenvolveu-se em duas fases distintas. A primeira consistiu na construção dos itens constituintes da escala, através da identificação na literatura de fatores relevantes na conceptualização de recuperação de psicose, segundo a perspetiva de doentes. Os itens foram selecionados, essencialmente, a partir dos fatores encontrados nos estudos de Wood et al. (2010; 2013). Na segunda fase foi solicitada a colaboração de doentes com experiência de psicose, no fornecimento de sugestões em relação ao conteúdo e formato da escala. Ficaram assim estabelecidos 41 itens, organizados em três categorias: 1) impacto das experiências psicóticas na saúde mental e bem-estar (29 itens); 2) impacto do suporte (tratamento, amigos, família, consumo de substâncias e crenças religiosas) nas experiências psicóticas (6 itens); e 3) severidade das diferentes dimensões das experiências psicóticas (6 itens). Cada item nas subescalas 1 e 2 é cotado duas vezes para o impacto positivo e negativo.

O objetivo do presente estudo foi traduzir, adaptar e validar a versão portuguesa da SEPS (Haddock et al., 2011), de forma a disponibilizar uma escala multidimensional que permita avaliar e monitorizar dimensões de sintomas psicóticos. Pretendia-se assim determinar a consistência interna, fidelidade, validade e aplicabilidade deste instrumento para a população portuguesa.

As hipóteses de estudo colocadas foram que a escala apresentasse uma boa consistência interna ( $\alpha$  de pelo menos 0,6), fidelidade no teste-reteste e que demonstrasse uma boa validade em relação a outras medidas de psicose (validade de critério). Mais especificamente, era esperado que as componentes negativas das subescalas da SEPS se correlacionassem positivamente com as medidas de sintomas (sintomatologia geral, funcionalidade, depressão, ansiedade), e negativamente com a medida de recuperação (RAS) e que as componentes positivas da SEPS se correlacionassem positivamente com a medida de recuperação e negativamente com as medidas de sintomas.

## **Características Psicométricas**

### **Validade.**

*Validade de Conteúdo:* refere-se ao grau em que os itens individuais do instrumento representam e cobrem os vários aspetos do construto que o instrumento pretende medir (Field, 2013). A estimativa da validade de conteúdo faz-se submetendo o teste à opinião de peritos que se pronunciam sobre uma *tabela de especificações* onde o investigador operacionalizou as definições dos construtos que os itens devem abranger (Almeida & Freire, 1997).

*Validade de Critério:* o nível deste indicador obtém-se comparando os resultados obtidos no instrumento com outro já existente (critério externo), calculando-se as correlações dos resultados dos sujeitos nos dois testes (Black, 1999).

*Validade de Construto:* Engloba as anteriores e refere-se ao grau de concordância entre os resultados obtidos no teste e a teoria e a prática em relação às dimensões em avaliação (Almeida & Freire, 1997). Esta validade combina a informação proveniente de três abordagens: a *abordagem lógica*, que implica a análise lógica da consistência entre a definição teórica do construto e a sua operacionalização em termos dos itens contidos no instrumento; a *abordagem estatística*, que passa pela aplicação do método de análise fatorial, que intercorrelaciona os itens de um teste para se identificar as componentes que explicam a maior proporção de variância e por isso se agrupam em *clusters* explicativos do construto; e a *abordagem empírica*, que implica a aplicação do instrumento a um grupo que contém o conceito/traço em análise, que será confrontado com outro grupo que não contém esse mesmo traço (Black, 1999).

### **Fidelidade/Consistência.**

*Fidelidade teste-reteste:* refere-se à obtenção dos mesmos resultados, quando o instrumento é aplicado ao mesmo grupo de indivíduos em dois momentos distintos, mediante as mesmas condições (Field, 2013). Os resultados das duas aplicações do instrumento são correlacionados entre si. Se o valor de correlação for elevado, significa que os sujeitos tendem a obter pontuações semelhantes nas duas aplicações, logo o instrumento é estável (Coutinho, 2000).

*Consistência interna:* indicador do grau relativo em que as respostas aos itens do teste se correlacionam com o valor total obtido no mesmo. Em instrumentos do tipo escala de Likert, o coeficiente Alfa de Cronbach é considerado o mais indicado para o cálculo da consistência interna (Coutinho, 2000). Este coeficiente tem em conta as médias das correlações entre os itens do teste, bem como o número total de questões do mesmo, avaliando o grau em que a variância geral dos resultados se relaciona com o somatório da variância item a item (Almeida & Freire, 1997). Segundo DeVellis (1991), consideram-se aceitáveis valores de alfa superiores a 0.6 desde que estes sejam interpretados com precaução e seja tido em conta o valor de computação do índice. Através



do cálculo de uma matriz de correlações é possível verificar a homogeneidade dos itens do instrumento. Se um item apresentar uma correlação baixa ou negativa, significa que não induziu respostas consistentes com o instrumento, podendo ser necessário eliminá-lo para aumentar a consistência do teste (Coutinho, 2000).

## **Metodologia**

### **Participantes**

A amostra foi constituída por 30 participantes (10 do género feminino e 20 do género masculino) com idades compreendidas entre os 18 e os 63 anos ( $M=38,27$  e  $DP=11,87$ ). Todos os participantes eram doentes em regime de consulta externa do Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Os participantes apenas eram incluídos no estudo se preenchessem os seguintes critérios: diagnóstico de Esquizofrenia ou outra Perturbação Psicótica (Perturbação Esquizofreniforme, Perturbação Esquizoafetiva, Perturbação Delirante, Perturbação Psicótica Breve ou Perturbação Psicótica Induzida por Substâncias), ou de Perturbação de Humor com Características Psicóticas (Perturbação Bipolar I), com base nos critérios definidos pelo DSM-5 (APA, 2013) e aferido pelo profissional de saúde que acompanhava o doente no serviço; experiência recente de ideias delirantes ou alucinações, apurado pela *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS; Overall & Gorham, 1962); e idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos.

Os critérios de exclusão incluíam uma incapacidade do participante em preencher questionários de avaliação, fraca compreensão da língua portuguesa ou condição clínica grave com severa deterioração cognitiva.

No que diz respeito ao diagnóstico, 15 (50%) dos indivíduos apresentavam um diagnóstico de Esquizofrenia, 2 (6,7%) de Perturbação Esquizoafetiva, 2 (6,7%) de Perturbação Psicótica Breve, 11 (36,7%) de Perturbação Bipolar tipo I, sendo que a média de idade para o início da doença foi de 30,60 anos, com um desvio padrão de 10,97 ( $M=28.85$ ,  $DP=10.45$  para o sexo masculino e  $M=34.10$ ,  $DP=11.70$  para o sexo feminino). Os indivíduos com Perturbação Psicótica Breve apresentaram um início mais precoce da Perturbação ( $M=26.00$ ,  $DP=12.73$ ), seguindo-se os indivíduos com Esquizofrenia ( $M=29.27$ ,  $DP=8.93$ ). A duração média da perturbação foi de 7,7 anos ( $DP=7.72$ ), com uma duração superior para a Perturbação Esquizoafetiva ( $M=9.50$ ,  $DP=6.36$ ), seguindo-se da Perturbação Bipolar ( $M=9.46$ ,  $DP=10.47$ ).

Em relação ao estado civil dos participantes, 18 (60%) eram solteiros, 8 (26,7%) eram casados e 4 (13,3) eram divorciados. Grande parte dos participantes viviam com os pais, 16

(53,3%), 8 (26,7%) viviam com o cônjuge, 2 (6,7%) viviam sozinhos, 3 (10%) viviam com amigos e 1 (3,3%) vivia numa instituição.

No que se refere à escolaridade, 7 (23,3%) tinham concluído o ensino básico, 14 (46,7%) o ensino secundário e 9 (30%) o ensino superior.

Em relação ao estado profissional atual, 13 (43,3%) encontravam-se empregados, 9 (30%) desempregados, 2 (6,7%) eram estudantes, 1 (3,3%) era doméstico, e 5 (16,7%) eram reformados.

A informação relativa aos dados demográficos da amostra pode ser consultada na tabela 1.

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do Centro Hospital e Universitário de Coimbra e todos os participantes deram o seu consentimento informado na participação no mesmo (cf. anexo 1).

**Tabela 1.** Informação demográfica da amostra.

	<b>Amostra Total (n=30)</b>
<b>Género</b>	
Masculino (%)	20 (66,7)
Feminino (%)	10 (33,3)
<b>Idade (Média, DP)</b>	38,27 (11,87)
<b>Estado Civil</b>	
Solteiro (%)	18 (60,0)
Casado (%)	8 (26,7)
Divorciado (%)	4 (13,3)
<b>Agregado Familiar</b>	
Sozinho (%)	2 (6,7%)
Pais (%)	16 (53,3%)
Cônjuge (%)	8 (26,7%)
Amigos (%)	3 (10%)
Instituição (%)	1 (3,3%)
<b>Escolaridade</b>	
Básico (%)	7 (23,3%)
Secundário (%)	14 (46,7%)
Superior (%)	9 (30%)
<b>Profissão</b>	
Empregado (%)	13 (43,3%)
Desempregado (%)	9 (30%)
Estudante (%)	2 (6,7%)
Doméstico (%)	1 (3,3%)
Reformado (%)	5 (16,7%)
<b>Diagnóstico</b>	
Esquizofrenia (%)	15 (50%)
Esquizoafetiva (%)	2 (6,7%)
Psicótica Breve (%)	2 (6,7%)
Bipolar tipo I (%)	11 (36,7%)
<b>Idade de Início da Perturbação (Média, DP)</b>	30,60 (10,97)
<b>Duração da Perturbação (Média, DP)</b>	7,70 (7,72)

## **Instrumentos**

Inicialmente foi utilizado um questionário sócio-demográfico para recolha de informações. O mesmo pode ser consultado em anexo (cf. anexo 2).

Foram utilizadas quatro escalas de hetero-avaliação, a *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS; Lukoff, Nuechterlein, & Ventura, 1986), a *Calgary Depression Scale for Schizophrenia* (CDSS; Addington, Addington, & Schissel, 1990), a *Insight and Treatment Attitudes Questionnaire* (ITAQ; McEvoy et al., 1989) e a *Function Assessment Short Test* (FAST; Rosa et al., 2007), versão em português (Cacilhas et al., 2009), de forma a avaliar, respetivamente, sintomas psicopatológicos gerais, sintomas depressivos, *insight* e atitudes face ao tratamento e o nível de funcionamento dos participantes.

Para além da SEPS (cf. anexo 3) foram utilizadas quatro escalas de auto-avaliação, de modo a que os participantes pudessem fazer uma avaliação subjetiva dos seus sintomas. Utilizou-se uma escala de recuperação, a *Recovery Assessment Scale* (RAS; Corrigan, Giffort, Rashid, Leary, & Okeke, 1999), de forma a apurar de que modo a SEPS se poderia relacionar com os níveis de recuperação da psicose reportados pelos participantes. A versão portuguesa do *Brief Symptom Inventory* (BSI; Derogatis, 1975), adaptada por Canavarro (1999), foi utilizada para avaliar os sintomas psicopatológicos gerais e a versão portuguesa do *Beck Depression Inventory* (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1996), validada por Gomes-Oliveira, Gorenstein, Neto, Andrade e Wang (2012), para avaliar os sintomas depressivos. A adesão à medicação, foi verificado através da *Medication Adherence Rating Scale* (MARS; Thompson, Kulkarni, & Sergejew, 2000), versão portuguesa (Vanelli, Chendo, Góis, Santos, & Levy, 2011).

Todas as escalas têm vindo a demonstrar uma boa fidelidade e validade com amostras de doentes psicóticos.

### **Descrição de Instrumentos.**

*The Subjective Experiences of Psychosis Scale* (SEPS): A SEPS é um instrumento multidimensional utilizado para avaliar e monitorizar a natureza subjetiva de sintomas psicóticos (Haddock et al., 2011).

A escala está dividida em três secções que examinam diferentes aspetos das experiências de psicose dos indivíduos. Os indivíduos são instruídos a avaliar o impacto negativo e positivo das suas experiências de psicose durante a última semana.

Cada secção é antecedida por um exemplo que demonstra como a mesma deverá ser preenchida. A secção um comporta 29 itens e foca o impacto positivo e negativo das experiências de psicose em vários aspetos da vida diária, bem-estar emocional e cognitivo e relações interpessoais dos indivíduos. Cada item deve ser avaliado tanto para o impacto positivo como para

o impacto negativo dessas experiências nas várias áreas em questão. A secção dois contém 6 itens e examina o impacto positivo e negativo que a medicação, o suporte social, as crenças religiosas e o consumo de álcool ou drogas têm nas experiências de psicose. Para esta secção todos os itens são cotados para o impacto positivo e negativo de cada um dos aspetos focados, nas experiências de psicose dos indivíduos, ou como "não aplicável", caso o aspeto em causa não se tenha verificado. A secção três abrange 6 itens e pretende avaliar a forma como os indivíduos experienciaram diferentes aspetos das suas experiências de psicose durante a última semana. Todas as secções são avaliadas usando uma escala tipo Likert de 5 pontos (1- Nada, 2- Um pouco, 3- Moderadamente, 4- Bastante e 5-Muito).

Apesar de a SEPS ser uma escala de auto-avaliação, o seu preenchimento pode ser auxiliado por um profissional de saúde.

A *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) é uma escala de hetero-avaliação desenhada para avaliar mudanças na severidade de sintomas psiquiátricos ao longo do tempo, principalmente em doentes com diagnóstico de Esquizofrenia ou outra Perturbação Psicótica. A escala original de 16 - itens (Overall & Gorham, 1962), foi expandida posteriormente para uma de 24 - itens (Lukoff et al., 1986), de forma a aumentar a sensibilidade a um conjunto superior de sintomas psicóticos e afetivos, sendo que esta versão tem sido largamente utilizada na prática clínica.

A escala contém 24 itens (Preocupações Somáticas, Ansiedade, Depressão, Ideação Suicida, Culpa, Hostilidade, Humor eufórico, Grandiosidade, Suspeita, Alucinações, Conteúdo de Pensamento Incomum, Comportamento Bizarro, Auto-Negligência, Desorientação, Desorganização Conceptual, Embotamento Afetivo, Distanciamento Emocional, Retardo Motor, Tensão, Comportamento não Cooperativo, Excitamento, Distração, Hiperatividade Motora, Maneirismos e Postura) que são cotados de 0 a 7 consoante a severidade do sintoma (0 = Não acedido, 1 = Não presente, 2 = Muito pouco, 3 = Pouco, 4 = Moderado, 5 = Moderadamente severo, 6 = Severo, 7 = Extremamente severo) (Lukoff et al., 1986).

A *Calgary Depression Scale for Schizophrenia* (CDSS), é uma escala de hetero-avaliação desenvolvida para avaliar a depressão na Esquizofrenia. A escala refere-se às duas últimas semanas e é constituída por 9 itens (Depressão, Desesperança, Auto-desvalorização, Ideias de culpa auto-referenciais, Culpa patológica, Depressão matinal, Acordar precoce, Suicídio, Depressão observável) referentes a sintomas depressivos, cotados numa escala tipo Likert de 0 a 3 (0 = Ausente, 1 = Ligeiro, 2 = Moderado, 3 = Grave). A pontuação total é calculada através da soma da pontuação obtida em todos os itens, variando entre 0 e 27, sendo que quanto maior o resultado, maior o nível de depressão (Addington et al., 1990).

O *Insight and Treatment Attitudes Questionnaire* (ITAQ) é um instrumento de hetero-avaliação composto por 11 itens, que avaliam a percepção do indivíduo em relação à sua doença mental e à necessidade de tratamento (itens de 1 a 6), e as suas atitudes face ao tratamento e à toma de medicação (itens de 7 a 11). Cada item é cotado de 0 a 2 (0 = sem insight, 1 = Insight parcial, 2 = Bom insight) e a pontuação final varia entre 0 e 22. Quanto maior a pontuação final, maior o nível de insight do indivíduo e a sua adesão ao tratamento (McEvoy et al., 1989).

*Function Assessment Short Test* (FAST) - O FAST é um instrumento de hetero-avaliação desenvolvido para avaliar a funcionalidade de indivíduos com problemas psiquiátricos, principalmente indivíduos com perturbação bipolar. A escala refere-se às duas últimas semanas e compreende 24 itens, divididos em 6 áreas de funcionamento: Autonomia; Funcionamento Ocupacional; Funcionamento Cognitivo; Assuntos Financeiros; Relações Interpessoais; Tempo de Lazer (Rosa et al., 2007).

Todos os itens são avaliados usando uma escala de 4 pontos, em que (0) = nenhuma dificuldade, (1) = dificuldade ligeira, (2) = dificuldade moderada, (3) = dificuldade grave. A pontuação total é obtida através da soma de todos os itens. Quanto maior for o resultado obtido maiores são as dificuldades (Rosa et al., 2007).

A *Recovery Assessment Scale* (RAS) é um instrumento de auto-avaliação utilizado para avaliar vários aspetos, que segundo a perspetiva dos doentes, dizem respeito ao processo de recuperação de problemas mentais.

A escala é constituída por 41 itens cotados numa escala tipo likert de 5 pontos (1 = Discordo fortemente, 2 = Discordo, 3 = Não tenho a certeza, 4 = Concordo, 5 = Concordo fortemente) em que o indivíduo seleciona o grau em que concorda ou discorda com cada uma das afirmações. A pontuação total da escala obtém-se a partir da soma das cotações de todos os itens, sendo que quanto maior o resultado, maior o nível de recuperação do indivíduo (Corrigan et al., 1999).

O *Brief Symptom Inventory* (BSI) é um inventário de auto-avaliação composto por 53 itens com escala de resposta Likert de 4 pontos (0 - Nunca, 1 - Poucas vezes, 2 - Algumas, 3 - Muitas vezes, 4 - Muitíssimas), em que o indivíduo classifica o grau em que cada problema ou sintoma o afectou durante a última semana. Permite avaliar sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões primárias de sintomatologia (Somatização; Obsessões-Compulsões; Sensibilidade Interpessoal; Depressão; Ansiedade; Hostilidade; Ansiedade Fóbica; Ideação Paranóide; Psicoticismo) e três Índices Globais (Índice Geral de Sintomas; Índice de Sintomas Positivos; Total de Sintomas Positivos), constituindo estes últimos avaliações sumárias de perturbação emocional,

que permitem avaliar o nível de sintomatologia psicopatológica geral apresentado (Canavarro, 1999).

O *Beck Depression Inventory - II* (BDI-II) é constituído por 21 categorias de sintomas e atitudes e tem como objetivo avaliar a severidade da sintomatologia depressiva (Beck et al., 1996). Este inventário pode ser dividido em duas subescalas: subescala afectiva que compreende 8 itens e a subescala somática que compreende 13 itens (Steer, Ball, Ranieri, & Beck, 1999).

Cada categoria possui um grupo sintomatológico referente às manifestações existentes nas diversas intensidades do quadro clínico depressivo. Cada categoria é constituída por quatro frases, dispostas por ordem crescente de intensidade, que são cotadas de 0 a 3 pontos (Beck et al., 1996). O indivíduo selecciona a frase que define o estado emocional vivenciado nas duas últimas semanas.

A pontuação total do questionário calcula-se através da soma dos pontos obtidos em cada categoria, situando-se entre os 0 e os 63. O resultado final é comparado a uma chave para determinar a severidade do quadro depressivo (0-13 depressão mínima; 14-19 depressão leve; 20-28 depressão moderada; 29-63 depressão severa) (Beck et al., 1996).

A *Medication Adherence Rating Scale* (MARS) é um instrumento de auto-avaliação com 10 itens de resposta dicotómica (sim/não) e permite avaliar o grau de adesão à terapêutica na psicose. É dada a cotação de 1 se a resposta for negativa para os itens 1-6 e 9-10 e se for positiva para os itens 7 e 8. A pontuação total varia entre 0 (baixa probabilidade de adesão à medicação) e 10 (elevada probabilidade de adesão à medicação) (Vanelli et al., 2011).

## **Procedimentos**

De modo a manter a validade de conteúdo da SEPS, a tradução-retrotradução da escala foi feita por várias etapas. Numa primeira fase, a tradução e adaptação da escala para a língua portuguesa foi realizada por três profissionais da área de saúde mental. As três versões traduzidas foram depois comparadas entre si pelos mesmos profissionais, através do método de reflexão falada, tendo-se acordado uma versão final. A retrotradução da escala para a língua inglesa foi feita por um profissional da área da saúde mental, que dominava ambas as línguas e que não apresentava qualquer contacto prévio com a escala. Por último, a versão retrotraduzida para inglês foi enviada para os autores da escala original, de forma a verificar se o conteúdo da mesma se tinha mantido.

Os participantes foram recrutados através do reencaminhamento por profissionais de saúde mental do Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

O estudo compreendeu dois momentos distintos. No primeiro, era preenchido um formulário de informações demográficas para cada participante, assim como todas as escalas acima

descritas. A CDSS, a ITAQ e a FAST eram aplicadas por um profissional de saúde mental através de uma entrevista ao doente. A BPRS era preenchida pelo profissional de saúde que tinha acompanhado o doente em regime de consulta. Todas as outras escalas eram preenchidas independentemente pelos participantes sem interferência dos clínicos.

De modo a apurar a fidelidade da SEPS, era realizado um segundo momento, três ou quatro semanas após o primeiro, que dizia respeito à aplicação do teste-reteste da SEPS a participantes que tinham completado a primeira avaliação. Dezoito participantes concluíram esta segunda fase.

Os dados recolhidos foram analisados em SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 19.0.

## **Resultados**

Devido ao número limitado de participantes da amostra, a opção "não aplicável" da subescala 2 ("Impacto do Suporte nas Experiências") tinha um impacto negativo nos resultados, uma vez que estes dados não eram tidos em conta nas análises estatísticas. Os itens que apresentavam respostas cotadas pelos participantes como "não aplicável" eram os itens 31 ("Suporte de outros utilizadores do serviço"), 34 ("Consumo de álcool e/ou drogas") e 35 ("Espiritualidade/Crenças Religiosas"). Dois métodos foram destacados na bibliografia para colmatar esta ausência de dados para a análise: ter em conta a "tendência da resposta do participante" aos itens em questão, ou recorrer ao método *cold deck imputation* que substitui cada valor em falta por uma constante pré-determinada (Holman, Glas, Lindeboom, Zwinderman, & Haan, 2004). Devido à especificidade dos itens em causa, o primeiro método foi excluído, tendo-se procedido à substituição dos valores em falta pela média das respostas dos restantes participantes a essas mesmas questões.

O teste de normalidade, efectuado para todas as subescalas da SEPS e para os restantes instrumentos aplicados e realizado com recurso ao teste de Kolmogorov-Smirnov, indicou que a amostra seguia uma distribuição normal ( $p > .05$ ), pelo que se recorreu a testes paramétricos nas análises subsequentes.

Foram conduzidas análises descritivas de forma a explorar as características socio-demográficas e clínicas da amostra.

Na tabela 2 encontram-se as estatísticas descritivas para as várias medidas de sintomatologia, *insight* e adesão terapêutica, verificadas para cada um dos diagnósticos presentes na amostra. De uma forma geral, os participantes com Esquizofrenia apresentavam pontuações superiores de sintomatologia geral (BPRS), e níveis inferiores de *insight* (ITAQ) e de recuperação (RAS). Os participantes com Perturbação Bipolar I apresentavam níveis superiores de depressão

(CDSS), de *insight* e de adesão terapêutica (MARS). A funcionalidade (FAST) foi inferior para os indivíduos com Perturbação Esquizoafetiva e Perturbação Bipolar. Foi realizada uma ANOVA de um fator de forma a verificar se existiam diferenças entre os vários diagnósticos, sendo que nenhuma delas foi significativa.

**Tabela 2.** Estatísticas descritivas dos instrumentos para cada diagnóstico.

Diagnóstico	BPRS	CDSS	ITAQ	FAST	RAS	MARS
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
Esquizofrenia	39.20 (8.39)	4.54 (4.33)	14.92 (6.90)	15.38 (10.71)	152.00 (22.63)	6.85 (2.27)
Esquizoafetiva	35.50 (4.95)	3.50 (3.54)	19.50 (3.54)	19.50 (6.36)	152.93 (18.68)	6.50 (0.71)
Psicótica Breve	32.50 (2.12)	2.00 (0.00)	18.00 (1.41)	13.00 (9.90)	166.00 (8.49)	6.50 (0.71)
Bipolar I	37.36 (7.97)	7.70 (5.76)	19.60 (4.06)	19.20 (17.93)	157.18 (11.33)	7.10 (2.03)

Foi utilizado um teste t de Student de amostras independentes para verificar se existiam diferenças significativas entre o género dos participantes e as pontuações obtidas em cada uma das subescalas da SEPS. De uma forma geral, as diferenças entre géneros nas várias subescalas foram ligeiras, sendo que os aspetos negativos da escala apresentaram-se superiores para os homens. Apenas se verificou uma diferença significativa para a subescala de "Impacto Positivo do Suporte nas Experiências Psicóticas",  $t(28) = 3.45$ ,  $p = .002$ , sendo que as mulheres indicavam em média um maior impacto positivo do suporte nas suas experiências ( $M = 21.40$ ,  $DP = 2.17$ ) do que os homens ( $M = 17.10$ ,  $DP = 3.61$ ).

Foi realizada uma ANOVA de um fator de forma a verificar se existiam diferenças significativas entre os vários diagnósticos e as pontuações obtidas em cada uma das subescalas da SEPS (tabela 3). Nenhuma das diferenças se revelou estatisticamente significativa.

As estatísticas descritivas para cada uma das subescalas da SEPS nos dois momentos de avaliação, assim como para os géneros e diagnósticos separadamente, são apresentadas na tabela 3.

**Tabela 3.** Estatísticas descritivas para as subescalas da SEPS e para o género e diagnóstico.

Subescala	Total (n=30)	Total (n=18)	Masculino (n=20)	Feminino (n=10)
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
Impacto Positivo	71.47 (24.32)	66.56 (21.62)	73.85 (26.15)	66.70 (20.58)
Impacto Negativo	62.97 (21.26)	60.17 (20.43)	64.00 (21.03)	62.45 (21.91)
Suporte Positivo	18.53 (3.78)	16.28 (3.88)	17.10 (3.61)**	21.40 (2.17)**
Suporte Negativo	9.37 (3.07)	7.67 (2.97)	9.80 (3.38)	8.50 (2.22)
Dimensões Positivas	4.73 (2.32)	4.33 (1.64)	4.95 (2.37)	4.30 (2.26)
Dimensões Negativas	9.40 (3.59)	9.78 (3.25)	9.75 (3.71)	8.70 (3.40)



<b>Subescala</b>	<b>Esquizofrenia</b>	<b>Esquizoafetiva</b>	<b>Psicótica Breve</b>	<b>Bipolar I</b>
	<b>Média (DP)</b>	<b>Média (DP)</b>	<b>Média (DP)</b>	<b>Média (DP)</b>
Impacto Positivo	73.07 (24.90)	64.00 (14.14)	67.00 (15.56)	71.45 (24.32)
Impacto Negativo	60.20 (22.27)	61.00 (14.14)	73.50 (10.61)	65.18 (23.37)
Suporte Positivo	16.93 (4.16)	22.00 (2.83)	23.00 (1.41)	19.27 (2.28)
Suporte Negativo	9.40 (3.20)	10.50 (6.36)	10.50 (2.12)	8.91 (2.77)
Dimensões Positivas	4.93 (2.37)	3.50 (2.12)	4.00 (2.83)	4.82 (2.44)
Dimensões Negativas	8.67 (3.39)	7.50 (3.54)	8.00 (4.24)	11.00 (3.66)

\*\* p < .01

Na análise das correlações entre os componentes positivos e negativos de cada uma das subescalas, verificou-se uma correlação positiva significativa entre a componente positiva da subescala de "Impacto das Experiências" e a componente positiva da subescala de "Dimensões das Experiências", sendo que o tamanho de efeito foi grande ( $r = 0.72$ ,  $p = .000$ ). A componente negativa da subescala de "Impacto das Experiências" apresentou correlações positivas significativas com a componente negativa da subescala de "Impacto do Suporte nas Experiências", e com a componente negativa da escala de "Dimensões das Experiências", também ambas com tamanho de efeito grande ( $r = 0.57$ ,  $p = .001$  e  $r = 0.50$ ,  $p = .005$  respectivamente) (ver tabela 4).

**Tabela 4.** Correlações entre subescalas da SEPS.

<b>Subescala</b>	<b>Impacto Positivo</b>	<b>Impacto Negativo</b>	<b>Suporte Positivo</b>	<b>Suporte Negativo</b>	<b>Dimensões Positivas</b>	<b>Dimensões Negativas</b>
<b>Impacto Positivo</b>	-					
<b>Impacto Negativo</b>	0.13	-				
<b>Suporte Positivo</b>	0.25	0.30	-			
<b>Suporte Negativo</b>	0.34	0.57**	0.10	-		
<b>Dimensões Positivas</b>	0.72**	-0.12	0.21	0.09	-	
<b>Dimensões Negativas</b>	0.19	0.50**	0.05	0.31	0.21	-

\*\* p < .01

De modo a verificar a adequabilidade dos dados para a realização de uma análise fatorial, examinou-se a matriz de correlações para se assegurar que não existia multicolineariedade ou singulariedade. Os valores do coeficiente de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) foram também explorados de modo a verificar a adequabilidade da amostra (Field, 2013), sendo que para a primeira subescala ("Impacto das Experiências") obteve-se um coeficiente fraco mas ainda assim aceitável ( $KMO = 0.50$ ) e para a segunda ("Impacto do Suporte nas Experiências") e terceira subescalas ("Dimensões das Experiências"), obtiveram-se coeficientes moderados ( $KMO = 0.60$  e

KMO = 0.63 respetivamente). Os valores para o Teste de Bartlett (Field, 2013) foram significativos para as três subescalas ( $p < .05$ ).

Realizou-se uma análise fatorial exploratória confirmatória através da análise de componentes principais, de forma a avaliar a validade de construto e a verificar o número de fatores existentes na SEPS. A análise fatorial aludiu a uma divisão entre os componentes negativos e positivos de cada uma das subescalas da SEPS. Assim, e de modo a verificar esta separação entre fatores, foi aplicada uma análise fatorial através do método de componentes principais a cada uma das subescalas da SEPS, usando uma rotação *varimax*. Para cada uma das três análises, resultaram dois fatores principais (para valores próprios superiores a 1 e valores absolutos abaixo de 0.4). Para a primeira subescala, dois fatores contribuíram com 36.50% da variância explicada, com o factor 1 (Impacto Positivo das Experiências) a contribuir com 18.34% da variância e o factor 2 (Impacto Negativo das Experiências) a contribuir com 18.16% da variância. Para a segunda subescala foram identificados dois fatores que explicam 40.69% da variância. O factor 1 (Impacto Positivo do Suporte nas Experiências) contribuiu para 21.59% da variância e o factor 2 (Impacto Negativo do Suporte nas Experiências) para 19.11% da variância. Para a terceira subescala, dois fatores contribuíram para uma variância total explicada de 75.40%. O factor 1 (Dimensões Positivas das Experiências) contribuiu com 45.67% para a variância, enquanto que o factor 2 (Dimensões Negativas das Experiências) contribuiu para 29.73% desta.

Para explorar a fidelidade da SEPS, recorreu-se ao Alfa de Cronbach para o cálculo da consistência interna de cada uma das subescalas e ao coeficiente  $r$  de Pearson para averiguar a fidelidade do teste-reteste entre os dois momentos de aplicação.

Em relação à consistência interna, obtiveram-se valores muito bons para os componentes positivo e negativo da subescala de "Impacto das Experiências" (ambos com  $\alpha = 0.96$ ), valores aceitáveis para os componentes positivo e negativo da subescala de "Impacto do Suporte nas Experiências" ( $\alpha = 0.61$  e  $\alpha = 0.67$  respetivamente), e valores muito bons e bons para os componentes positivo e negativo da subescala de "Dimensões das Experiências" ( $\alpha = 0.92$  e  $\alpha = 0.84$  respetivamente). Após a análise da matriz de correlações de cada subescala, que relaciona cada item com a correlação total da prova, verificou-se que não havia nenhum item que ao ser eliminado aumentaria significativamente a consistência interna de alguma delas (ver tabela 5).

Para a fidelidade do teste-reteste, obtiveram-se valores significativos nos coeficientes  $r$  de Pearson, para cada uma das componentes positivas e negativas das subescalas, sendo que o tamanho do efeito foi grande para todas elas ( $r = 0.93$ ,  $p < .01$  e  $r = 0.84$ ,  $p < .01$  para as componentes da subescala de "Impacto das Experiências",  $r = 0.52$ ,  $p < .05$  e  $r = 0.72$ ,  $p < .01$  para as componentes da subescala de "Impacto do Suporte nas Experiências",  $r = 0.66$ ,  $p < .01$  e  $r = 0.77$ ,  $p < .01$  para as componentes da subescala de "Dimensões das Experiências") (ver tabela 5).

**Tabela 5.** Medidas de fidelidade: consistência interna e fidelidade teste-reteste.

Subescala	Consistência Interna	Teste-Retest
	(n=30)	(n=18)
Impacto Positivo	0.96	0.93**
Impacto Negativo	0.96	0.84**
Suporte Positivo	0.61	0.52*
Suporte Negativo	0.67	0.72**
Dimensões Positivas	0.92	0.66**
Dimensões Negativas	0.84	0.77**

\*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$

A Validade de critério da SEPS foi verificada com recurso a testes de correlação bivariada e através do coeficiente de Pearson.

Em relação aos instrumentos de auto-avaliação, o índice geral de sintomas do BSI apresentou correlações positivas significativas, de tamanhos de efeito grandes, com as componentes negativas das subescalas de "Impacto das Experiências" e "Impacto do Suporte nas Experiências", e de tamanho de efeito médio para a componente negativa da subescala de "Dimensões das Experiências" ( $r = 0.74$ ,  $p < .01$ ,  $r = 0.52$ ,  $p < .01$  e  $r = 0.41$ ,  $p < .05$  respetivamente). A BDI-II correlacionou-se de forma negativa com as componentes positivas das subescalas e de forma positiva com as componentes negativas das subescalas. Apenas se verificou uma correlação significativa positiva e de tamanho de efeito grande, com a componente negativa da subescala de "Impacto das Experiências" ( $r = 0.53$ ,  $p < .01$ ).

A RAS correlacionou-se de forma positiva com as componentes positivas das subescalas e de forma negativa com as componentes das subescalas. Estas correlações foram significativas e de tamanho de efeito médio para a componentes positivas da subescala de "Impacto das Experiências" ( $r = 0.40$ ,  $p < .05$ ), da subescala de "Impacto do Suporte nas Experiências" ( $r = 0.39$ ,  $p < .05$ ) e da subescala de "Dimensões das Experiências" ( $r = 0.40$ ,  $p < .05$ ), e para a componente negativa da subescala de "Impacto das Experiências" ( $r = -0.43$ ,  $p < .05$ ).

As dimensões de Ansiedade e Psicoticismo da BSI correlacionaram-se de forma significativa com todas as componentes negativas das subescalas da SEPS, tendo apresentado tamanhos de efeito grandes e médios ( $r = 0.75$ ,  $p < .01$  e  $r = 0.55$ ,  $p < .01$  respetivamente, para a subescala de "Impacto das Experiências",  $r = 0.45$ ,  $p < .05$  e  $0.55$ ,  $p < .01$  respetivamente, para a subescala de "Impacto do Suporte nas Experiências",  $r = 0.41$ ,  $p < .05$  e  $r = 0.39$ ,  $p < .05$  respetivamente, para a subescala de "Dimensões das Experiências") (ver tabela 6).

No que diz respeito aos instrumentos de hetero-avaliação, a BPRS apenas apresentou uma correlação positiva significativa de tamanho de efeito grande, para a componente negativa da subescala de "Dimensões das Experiências" ( $r = 0.51$ ,  $p < .01$ ). A CDSS correlacionou-se de forma significativa com as componentes negativas das subescalas de "Impacto das Experiências" ( $r = 0.78$ ,  $p < .01$ ) e de "Dimensões das Experiências" ( $r = 0.67$ ,  $p < .01$ ), sendo que estas correlações apresentaram um tamanho de efeito grande. A FAST correlacionou-se de forma negativa com as componentes positivas das subescalas da SEPS e de forma positiva com as componentes negativas das subescalas SEPS. Apenas se verificou uma correlação significativa e de tamanho de efeito médio, entre a FAST e a componente negativa da subescala de "Impacto das Experiências" ( $r = 0.44$ ,  $p < .05$ ). O item de ansiedade da BPRS apresentou correlações positivas significativas com as componentes negativas da subescala de "Impacto das Experiências" ( $r = 0.41$ ,  $p < .05$ ) e da subescala de "Dimensões das Experiências" ( $r = 0.50$ ,  $p < .01$ ) (ver tabela 6).

**Tabela 6.** Correlações entre as subescalas da SEPS e outros instrumentos de auto-avaliação e hetero-avaliação.

Subescala	IGS (BSI)	BDI-II	RAS	Ansiedade (BSI)	Psicoticismo (BSI)
Impacto Positivo	0.17	-0.10	0.40*	0.13	0.37
Impacto Negativo	0.74**	0.53**	-0.43*	0.75**	0.55**
Suporte Positivo	0.04	-0.01	0.39*	0.14	0.06
Suporte Negativo	0.52**	0.13	-0.12	0.45*	0.55**
Dimensões Positivas	-0.20	-0.12	0.40*	-0.21	0.07
Dimensões Negativas	0.41*	0.35	-0.20	0.41*	0.39*
Subescala	BPRS total	CDSS	FAST	Ansiedade (BPRS)	
Impacto Positivo	0.21	-0.001	-0.29	0.18	
Impacto Negativo	0.24	0.78**	0.44*	0.41*	
Suporte Positivo	0.13	0.13	-0.13	0.28	
Suporte Negativo	0.16	0.32	0.22	0.10	
Dimensões Positivas	0.20	-0.07	-0.23	0.17	
Dimensões Negativas	0.51**	0.67**	0.14	0.50**	

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$

A aplicabilidade da escala calculou-se através da percentagem de participantes que não responderam à totalidade das perguntas da escala. Como tal não se verificou, conclui-se que a aplicabilidade da SEPS foi de 100%.

Os participantes demoraram em média de 30 a 45 minutos a preencher a escala. De todos os participantes, 22 (73,3%) mencionaram não ter sentido qualquer desconforto ao preencher a escala, 5 (16,7%) referiram sentir "um pouco" de desconforto e apenas 3 (10%) indicaram sentir um desconforto "moderado".

## Discussão

No que diz respeito aos dados demográficos da amostra, podemos verificar que grande parte dos sujeitos são homens, solteiros, a viver com os pais, tendo completado o ensino secundário e estando empregados. A idade para o início da doença foi de 30,60 anos, sendo menor para os homens do que para as mulheres. O início mais precoce verificou-se para os indivíduos com Esquizofrenia. Todos estes dados foram o de encontro à literatura (Kirkbride et al., 2006; McGrath et al., 2008; Ramirez et al., 2010). É de salientar que mesmo com a presença de sintomas psicóticos, na nossa amostra grande parte dos indivíduos mantém uma atividade profissional estável, o que é corroborado também por dados da literatura (Albert et al., 2011).

Apesar de a Esquizofrenia ser de todas as condições psiquiátricas com presença de sintomatologia psicótica, aquela que apresenta uma duração superior (Arranz et al., 2009), na nossa amostra tal não se verificou, pois excluindo os indivíduos com Perturbação Psicótica Breve e aqueles com Perturbação Esquizoafetiva (uma vez que o número destes sujeitos na amostra é demasiado reduzido), a duração média superior da doença verificou-se para os indivíduos com Perturbação Bipolar.

Na nossa amostra os indivíduos com Esquizofrenia apresentavam pontuações superiores de sintomatologia geral, e níveis inferiores de *insight* e de recuperação. Os participantes com Perturbação Bipolar I apresentavam níveis superiores de depressão, de *insight* e de adesão terapêutica e níveis inferiores de funcionalidade. De facto, segundo a literatura os indivíduos com Esquizofrenia tendem a ter um pior prognóstico e níveis de *insight* inferiores, o que por sua vez leva a uma diminuição dos níveis de adesão terapêutica (Arranz et al., 2009; Látalova, 2012). Para os indivíduos com perturbação bipolar os níveis de depressão são superiores, o que justifica os níveis de funcionalidade inferiores verificados (Hartley et al., 2013).

As subescalas da SEPS destacaram algumas diferenças entre os vários diagnósticos da amostra, apesar de as mesmas não terem sido estatisticamente significativas. Os indivíduos com Perturbação Bipolar I, cotaram de forma superior nas componentes negativas das subescalas de "Impacto das Experiências" e de "Dimensões das Experiências" e de forma inferior nas componentes positivas das mesmas. Relativamente à subescala de "Impacto do Suporte nas Experiências" os resultados invertem-se, pelo que foram os indivíduos com Esquizofrenia que

indicaram um impacto negativo superior e positivo inferior. Apesar de ser esperado que os indivíduos com Esquizofrenia cotassem de forma superior nas componentes negativas da escala, devido aos níveis superiores de sintomatologia geral que apresentavam, isto não se verificou, o que pressupõe que os níveis superiores de depressão nos doentes com Perturbação Bipolar tiveram um impacto significativo nos resultados. De facto, segundo Hartley et al. (2013), níveis superiores de depressão levam a uma maior severidade dos sintomas psicóticos e a um pior prognóstico, o que foi destacado nas subescalas de "Impacto das Experiências" e de "Dimensões das Experiências" da SEPS. Relativamente aos resultados negativos superiores na subescala de "Impacto do Suporte nas Experiências" para os indivíduos com Esquizofrenia, este aspeto pode estar relacionado com o facto da Esquizofrenia ser de todas as doenças mentais, aquela que aparenta ser a mais estigmatizada, estando ligada a estereótipos como violência e perigosidade (Angermeyer & Schulze, 2001). Este dado pode ter levado a um maior número de constrangimentos e sentimentos de discriminação por parte dos doentes, resultando num maior isolamento ou diminuição das interações sociais e a uma perceção negativa do suporte recebido.

Também se verificaram diferenças entre os dois géneros, sendo o sexo masculino que de um modo geral, cota de forma superior as componentes negativas da SEPS. Estas diferenças são congruentes com a literatura que aponta para um pior prognóstico no sexo masculino (Albert et al., 2011). Também a idade de início de sintomas foi mais precoce para este género, o que prediz normalmente uma maior severidade da doença (Rabinowitz et al., 2006). As mulheres cotaram de forma significativamente superior na componente positiva da subescala de "Impacto do Suporte nas Experiências", o que leva a supôr que o suporte externo (social, crenças, tratamento etc) tem uma influência superior nas mulheres do que nos homens. Efectivamente, é sabido que a quantidade e a qualidade do suporte social, tem, no sexo feminino, um impacto superior no bem-estar, quando em comparação com o sexo oposto (Antonucci & Akiyama, 1987). Por outro lado, as mulheres também apresentam redes sociais superiores aos homens, recebendo suporte de múltiplas fontes (Antonucci & Akiyama, 1987). Dado que tanto um maior grupo de suporte, como um nível superior de competências sociais estão associados a um bom prognóstico na psicose (Albert et al., 2011; van Os et al., 2000), era de esperar que as mulheres cotassem de forma inferior nas componentes negativas das subescalas da SEPS, o que foi confirmado pelos dados.

Da análise das correlações entre os componentes positivos e negativos de cada uma das subescalas, verificou-se uma correlação positiva significativa entre a componente positiva da subescala de "Impacto das Experiências" e a componente positiva da subescala de "Dimensões das Experiências". Assim, à medida que diminuem as experiências psicóticas, maior é o impacto positivo a nível da diminuição da sintomatologia e maior é a mudança pessoal e social do sujeito. Todas as componentes negativas das três subescalas se encontraram significativamente

correlacionadas de forma positiva. Isto indica que à medida que a frequência das experiências psicóticas aumenta, aumenta também o seu impacto negativo nas várias áreas de vida dos sujeitos (pessoal, social, sintomatologia), bem como a percepção de uma influência negativa por parte do suporte recebido (social, tratamento, etc). Estas três componentes encontram-se relacionadas pois, para além dos sintomas psicóticos serem acompanhados por uma diminuição geral no funcionamento (social, ocupacional) e um aumento da sintomatologia geral (van Os & Kapur, 2009), estes também originam, frequentemente, sentimentos de descriminação e constrangimentos pela parte do doente, que resultam normalmente num isolamento e numa redução geral da atividade social (Mac-Donald, Sauer, Howie, & Albiston, 2005), e consequentemente a uma diminuição do suporte percebido por estes indivíduos.

Os resultados obtidos na análise fatorial exploratória confirmatória, através do método de componentes principais, aludindo a uma divisão entre os componentes negativos e positivos de cada uma das subescalas da SEPS, foram de encontro aos encontrados por Haddock et al. (2011). Também as variâncias explicadas para os dois fatores de cada subescala foram semelhantes às dos autores. Assim, os resultados obtidos em relação à validade de construto da SEPS mantiveram-se. É importante destacar que para cada uma das análises efectuadas para as subescalas da SEPS, adoptaram-se valores próprios e absolutos (fatores com valores próprios maiores que 1 e coeficientes de correlação superiores a 0.40) iguais aos utilizados pelos autores na escala original (Haddock et al., 2011).

Em relação às medidas de fidelidade, os resultados foram de encontro aos objetivos. Obtiveram-se valores de consistência interna considerados apropriados para as componentes positivas e negativas das subescalas de "Impacto das Experiências" e de "Dimensões das Experiências" ( $\alpha > 0.80$ ), e valores aceitáveis ( $\alpha > 0.6$ ) para as componentes positiva e negativa da subescala de "Impacto do Suporte nas Experiências". Os valores de Alfa de Cronbach mais baixos obtidos para a subescala de "Impacto do Suporte nas Experiências" podem ser interpretados à luz das dimensões diferenciadas que esta subescala avalia. Isto é, uma vez que nas restantes subescalas os parâmetros negativos estão normalmente associados à presença de sintomatologia e os positivos a níveis superiores de recuperação, facilmente se obtêm boas correlações entre os itens positivos ou entre os itens negativos destas subescalas, o que favorece os bons níveis de consistência interna encontrados. Na Subescala de "Impacto do Suporte nas Experiências", porém, os itens positivos ou negativos não estão necessariamente associados entre si, pois dizem respeito a aspetos (medicação, suporte social, consumo de álcool ou drogas e crenças religiosas) que não estão diretamente relacionados com a sintomatologia, o que pode justificar respostas opostas de um mesmo participante. A fidelidade teste-reteste demonstrou-se muito boa para todas as componentes das subescalas da SEPS, entre os dois momentos de avaliação. O tempo entre as duas aplicações (3-4

semanas), foi aumentado em relação ao utilizado por Haddock et al. (2011), de modo a que se diminuísse um possível enviesamento dos resultados devido ao efeito do conhecimento do teste pelos participantes. Segundo Coutinho (2000), se o intervalo de tempo entre as duas aplicações for muito curto (de dias a uma semana), os sujeitos podem relembrar as respostas e invalidar estimativas.

As hipóteses colocadas em relação à validade de critério foram corroboradas, sendo que de uma forma geral, as dimensões negativas da SEPS se correlacionaram positivamente com as medidas gerais de sintomas (BPRS, BSI), de funcionalidade (FAST), depressão (CDSS, BDI-II), ansiedade (BPRS, BSI), psicoticismo (BSI) e de uma forma negativa com a medida de recuperação (RAS). As dimensões positivas da SEPS, apesar de se terem correlacionado positivamente com a medida de recuperação (RAS), nem sempre se correlacionaram negativamente com as medidas de sintomas. Estes resultados parecem indicar que há uma dimensão positiva que deriva direta ou indiretamente das experiências psicóticas e que é transversal a quase todos os participantes. O maior número de correlações significativas verificaram-se para as escalas de auto-avaliação, o que é de esperar uma vez que a SEPS também é uma medida de auto-avaliação. Assim, podemos afirmar que a SEPS apresenta uma boa validade de critério.

A SEPS reflete várias dimensões de psicose, que, segundo a literatura (Wood et al., 2010; Wood et al., 2013), traduzem a experiência e a perspetiva de doentes e são consideradas relevantes no processo de recuperação da psicose. Admite-se assim que a SEPS apresenta uma boa validade de conteúdo e de construto.

O facto de ser uma medida de auto-avaliação também se constitui uma vantagem, pois baseia-se na percepção do doente em relação à sua saúde mental e respectivo tratamento (McCabe et al., 2007), permitindo assim obter uma visão realista das experiências psicóticas do doente.

Os itens da escala aparentaram ser significativos para a grande maioria dos participantes, suscitando as mais diversas reflexões. O facto de ter sido desenvolvida em conjunto com doentes que experienciam ou experienciaram sintomas psicóticos, constitui uma clara vantagem neste aspeto, pois, para além de ter em conta a presença ou severidade de sintomas psicóticos, os itens da escala vão para além destes, refletindo uma perspetiva pessoal de recuperação da psicose, que pode incidir sobre outros aspetos relevantes para os doentes no que diz respeito ao seu estado de saúde mental. Assim, a SEPS tem em conta tanto uma vertente clínica como pessoal da psicose, colmatando assim a falta deste tipo de instrumentos na literatura (Mausbach et al, 2009), e ilustrando a importância de compreender o processo de recuperação da psicose de uma forma holística, que engloba não só fatores sintomatológicos e de funcionalidade, mas também fatores como mudança social e pessoal, e desenvolvimento de estratégias de *coping*.



A escala demonstrou ser de aplicação relativamente fácil para a maioria dos participantes, apesar de as dimensões positivas e negativas presentes em cada subescala, ter suscitado algumas dúvidas numa fase inicial. Contudo, este aspeto pode ser facilmente colmatado através de uma explicação mais aprofundada por parte de um clínico numa fase anterior à aplicação. Tal implica que o clínico apresente alguma instrução prévia à aplicação da escala, o que pode contribuir para uma melhor compreensão e um preenchimento mais fidedigno da mesma por parte do doente. O tempo de preenchimento variou bastante de doente para doente (30-45 minutos). Na segunda aplicação da escala era visível uma maior compreensão das subescalas e consequentemente uma maior facilidade no preenchimento (15-30 minutos). A escala também não causou níveis de constrangimento ou de ansiedade elevados para a maioria dos participantes, o que facilitou a aplicação.

A SEPS assinala também a importância de uma componente positiva associada às experiências psicóticas. Os indivíduos do estudo relataram em grande medida o impacto positivo destas experiências em aspetos como a personalidade, identidade, esperança, motivação, controlo e interação social. A componente positiva evidencia-se independente da componente negativa, relacionando-se em grande parte com o processo de recuperação dos indivíduos. Este aspeto reforça a ideia de que a psicose não tem necessariamente um prognóstico totalmente desfavorável para os doentes (Menezes et al., 2006). Existem consequências positivas a nível da adaptação e desenvolvimento pessoais (Cavelti et al., 2012), que podem advir das experiências psicóticas e que para alguns indivíduos, poderão até compensar em termos de recuperação, a presença dos sintomas.

Este estudo apresenta algumas limitações, como o tamanho reduzido da amostra ( $n = 30$ ) em ambas as fases do estudo (fase de reteste  $n = 18$ ). Este ponto prendeu-se essencialmente com o número reduzido de doentes acompanhados em regime de consulta externa e que preenchessem os critérios para a inclusão no estudo. A difícil conciliação dos horários das consultas com a avaliação, o deteriorado estado clínico de alguns doentes, a reduzida disponibilidade apresentada por alguns destes, o tempo prolongado da aplicação das escalas (aproximadamente 2h) e a não comparecência de alguns doentes para os momentos de avaliação, foram aspetos que limitaram em grande medida a recolha de dados. Destaca-se que o prolongado tempo de aplicação se deveu, em parte, à aplicação de testes de avaliação neuropsicológica que alguns doentes completaram. Esta avaliação era realizada no primeiro ou segundo momento de avaliação, e para alguns doentes, pode ter influenciado os resultados, devido ao cansaço dela derivado.

O facto da amostra ser constituída por indivíduos acompanhados em regime de consulta externa no Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, que em princípio terão demonstrado sintomatologia psicótica severa numa fase inicial, e o facto de ser

composta essencialmente por homens, pode não ser representativo de todo o leque de indivíduos que apresentam algum tipo de sintomatologia psicótica.

São poucos os instrumentos que têm em conta a perspetiva dos doentes em relação a aspetos considerados por estes relevantes para a recuperação, sendo ainda demasiado focada e valorizada a presença e severidade de sintomas psicopatológicos por si só. Torna-se pertinente o desenvolvimento de instrumentos que visem a condição clínica de uma forma holística, não sendo descurada a visão e percursos idiossincráticos de cada doente.

A SEPS demonstrou ser uma escala útil na avaliação e monitorização de dimensões de sintomas psicóticos. A sua utilização a nível dos serviços de saúde mental, pode ser útil na medição do estado de recuperação de indivíduos ao longo do tratamento, permitindo a detecção dos aspetos cujo impacto das experiências psicóticas recai de forma mais negativa de acordo com a perspetiva do próprio doente, orientando a intervenção a realizar e tendo por base os meios que poderão facilitar a mesma para cada indivíduo em particular (tratamento, família, amigos, etc), contribuindo consequentemente, a longo prazo, para uma melhoria no prognóstico de doentes com sintomatologia psicótica.

## Referências

- Addington, D., Addington, J., & Schissel, B. A. (1990). A depression rating scale for schizophrenics. *Schizophrenia Research*, 3, 247-251.
- Albert, N., Bertelsen, M., Thorup, A., Petersen, L., Jeppesen, P., Le Quack, P., et al. (2011). Predictors of recovery from psychosis: Analyses of clinical and social factors associated with recovery among patients with first-episode psychosis after 5 years. *Schizophrenia Research*, 125, 257–266.
- Almeida, L., Freire, T. (1997). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Coimbra: Apport.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5 Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Angermeyer, M. C. & Schulze, B. (2001). Reinforcing stereotypes: How the focus on forensic cases in news reporting may influence public attitudes towards the mentally ill. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24, 469–486.
- Antonucci, T. C. & Akiyama, H. (1987). An examination of sex differences in social support among older men and women. *Sex Roles*, 17, 11-12.

- Arranz, B., San, L., Ramirez, N., Dueñas, R. M., Perez, V., Salavert, J., et al. (2009). Clinical and serotonergic predictors of non-affective acute remitting psychosis in patients with a first-episode psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119, 71–77.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory–II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Black, T. R. (1999). *Doing quantitative research in the social sciences: an integrated approach to research design, measurement and statistics*. London: Sage Publications.
- Cacilhas, A. A. (2009). Validity of a short functioning test (FAST) in brazilian outpatients with bipolar disorder. *Value in Health*, 12(4), 624–627.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos – B.S.I.. In M. R. Simões, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Orgs.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol. 2, pp. 95-109). Braga: APPORT/SHO.
- Cavelti, M., Kvrjic, S., Beck, E. M., Kossowsky, J., & Vauth, R. (2012). Assessing recovery from schizophrenia as an individual process: A review of self-report instruments. *European Psychiatry*, 27, 19-32.
- Corrigan, P. W., Giffort, D., Rashid, F., Leary, M., & Okeke, I. (1999). Recovery as a psychological construct. *Community Mental Health Journal*, 35(3), 231-239.
- Coutinho, C. M. G. (2000). Instrumentos na investigação em tecnologia educativa: escolha e avaliação. In *V congresso galego-português de psicopedagogia actas (comunicações e posters)*, Minho.
- Deegan, P. E. & Drake, R. E. (2006). Shared decision making and medication management in the recovery process. *Psychiatric Services*, 57, 1636–9.
- Derogatis, L. R. (1975). *Brief Symptom Inventory*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.
- DeVellis, R. (1991). *Scale development: Theory and applications*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Field, A. P. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics: and sex and drugs and rock 'n' roll* (4<sup>a</sup> ed.). London: Sage Publications.
- Gomes-Oliveira, M. H., Gorenstein, C., Neto, F. L., Andrade, L. H., & Wang, Y. P. (2012). Validation of the brazilian portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(4), 389-394.
- Haddock, G., Wood, L., Watts, R., Dunn, G., Morrison, A. P., & Price, J. (2011). The Subjective Experiences of Psychosis Scale (SEPS): Psychometric evaluation of a scale to assess outcome in psychosis. *Schizophrenia Research*, 133, 244–249.

- Hartley, S., Barrowclough, C., & Haddock, G. (2013). Anxiety and depression in psychosis: a systematic review of associations with positive psychotic symptoms. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128, 327–346.
- Holman, R., Glas, C. A., Lindeboom, R., Zwinderman, A. H., & Haan, R. J. (2004). Practical methods for dealing with 'not applicable' item responses in the AMC Linear Disability Score project. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2, 29.
- Kirkbride, J. B., Fearon, P., Morgan, C., Dazzan, P., Morgan, K., Tarrant, J., et al. (2006). Heterogeneity in incidence rates of schizophrenia and other psychotic syndromes findings from the 3-center AESOP study. *Archives of General Psychiatry*, 63(3), 250-258.
- Látalova, K. (2012). Insight in bipolar disorder. *Psychiatric Quarterly*, 83, 293–310.
- Lichtenstein, P., Yip, B. H., Bjork, C., Pawitan, Y., Cannon, T. D., Sullivan, P. F., et al. (2009). Common genetic determinants of schizophrenia and bipolar disorder in swedish families: a population-based study. *Lancet*, 373, 234–39.
- Lukoff, D., Nuechterlein, K. H., & Ventura, J. (1986). Manual for the Expanded Brief Psychiatric Rating Scale. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261–276.
- Lysaker, P. H. & Salyers, M. P. (2007). Anxiety symptoms in schizophrenia spectrum disorders: associations with social function, positive and negative symptoms, hope and trauma history. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, 290–298.
- MacDonald, E., Sauer, K., Howie, L. & Albiston, D. (2005). What happens to social relationships in early psychosis? A phenomenological study of young people's experiences. *Journal of Mental Health*, 14 (2), 129–143.
- Mausbach, B. T., Moore, R., Bowie, C., Cardenas, V., & Patterson, T. L. (2009). A review of instruments for measuring functional recovery in those diagnosed with psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 307–18.
- Mccabe, R., Saidi, M., & Priebe, S. (2007). Patient-reported outcomes in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 191(50), 21-28.
- McEvoy, J. P., Apperson L. J., Appelbaum, P. S., Ortliip, P., Brechosky, J., Hammill, K., et al. (1989). Insight in schizophrenia: Its relation to acute psychopathology. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 43–47.
- McGrath, J., Saha, S., Chant, D., & Welham, J. (2008). Schizophrenia: A concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiologic Reviews*, 30, 67–76.
- Menezes, N. M., Arenovich, T., & Zipursky, R. B. (2006). A systematic review of longitudinal outcome studies of first-episode psychosis. *Psychological Medicine*, 36, 1349–62.
- Mintz, A. R., Dobson, K. S., & Romney, D. M. (2003). Insight in schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 61, 75–88.

- Niv, N., Cohen, A. N., Mintz, J., Ventura, J., & Young, A. S. (2007). The validity of using patient self-report to assess psychotic symptoms in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 90, 245–250.
- Overall, J. E. & Gorham, D. R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). *Psychological Reports*, 10, 799-812.
- Perala, J., Suvisaari, J., Saarni, S. I., Kuoppasalmi, K., Isometsa, E., Pirkola, S., et al. (2007). Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Archives of General Psychiatry*, 64, 19–28.
- Rabinowitz, J., Levine, S. Z., & Hafner, H. (2006). A population based elaboration of the role of age of onset on the course of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 88, 96–101.
- Ramirez, N., Arranz, B., Salavert, J., Alvarez, E., Corripio, I., Dueñas, R. M., et al. (2010). Predictors of schizophrenia in patients with a first episode of psychosis. *Psychiatry Research*, 175, 11–14.
- Roe, D., Mashiach-Eizenberg, M., & Lysaker, P. H. (2011). The relation between objective and subjective domains of recovery among persons with schizophrenia-related disorders. *Schizophrenia Research*, 131, 133–138.
- Rosa, A. R., Sánchez-Moreno, S., Martínez-Aran, A., Salamero, M., Torrent, C., Reinares, M., et al. (2007). Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3, 5.
- Rosenheck, R., Stroup, S., Keefe, R. S. E., Mcevoy, J., Swartz, M., Perkins, D., et al. (2005). Measuring outcome priorities and preferences in people with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 187, 529-536.
- Schennach-Wolff, R., Obermeier, M., Seemüller, F., Jager, M., Messer, T., Laux, G., et al. (2011). Evaluating depressive symptoms and their impact on outcome in schizophrenia applying the Calgary Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123, 228–238.
- Silverstein, S. M. & Bellack, A. S. (2008). Scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1108–1124.
- Slopen, N. B. & Corrigan, P. W. (2005). Recovery in schizophrenia: reality or mere slogan. *Current Psychiatry Reports*, 7, 316–20.
- Steer, R. A., Ball, R., Ranieri, W. F., & Beck, A. T. (1999). Dimensions of the Beck Depression Inventory-II in clinically depressed outpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 55(1), 117-28.
- Thompson, K., Kulkarni, J., & Sergejew, A. A. (2000). Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. *Schizophrenia Research*, 42, 241-7.

- van Os, J. & Kapur, S. (2009). Schizophrenia. *Lancet*, 374, 635–45.
- van Os, J., Hanssen, M., Bijl, R. V., & Ravelli, A. (2000). Strauss (1969) revisited: A psychosis continuum in the normal population?. *Schizophrenia Research*, 45, 11–20.
- van Os, J., Linscott, R. J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., & Krabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: Evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine*, 39, 179–195.
- Vanelli, I., Chendo, I., Góis, C., Santos, J., Levy, P. (2011). Adaptação e validação da versão portuguesa da Escala de Adesão à Terapêutica. *Acta Médica Portuguesa*, 24, 017-020.
- Wiles, N. J., Zammit, S., Bebbington, P., Singleton, N., Meltzer, H., & Lewis, G. (2006). Self-reported psychotic symptoms in the general population: Results from the longitudinal study of the British National Psychiatric Morbidity Survey. *British Journal of Psychiatry*, 188, 519–526.
- Wood, L., Price, J., Morrison, A., & Haddock, G. (2010). Conceptualisation of recovery from psychosis: A service users perspective. *The Psychiatrist*, 34, 465–470.
- Wood, L., Price, J., Morrison, A., & Haddock, G. (2013). Exploring service user perceptions of recovery from psychosis: A Q-methodological approach. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 86, 245–261.



**ANEXO 1**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

---



### **Consentimento Informado**

#### **Projeto de Investigação realizado no Serviço de Psiquiatria do Centro Hospital e Universitário de Coimbra (CHUC)**

O presente estudo realiza-se no âmbito de uma dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade de Aveiro, cujo objetivo principal se prende com a validação de uma escala que permite avaliar e monitorizar dimensões de sintomas psicóticos.

Solicitamos a sua colaboração no preenchimento de alguns questionários.

Os dados serão apenas utilizados para fins estatísticos, sendo a confidencialidade dos mesmos assegurada.

A participação neste estudo é voluntária, podendo recusar participar ou desistir a qualquer altura, sem quaisquer consequências.

Desde já agradecemos a sua colaboração.

Aceito participar no presente estudo,

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

A equipa de investigação

\_\_\_\_\_  
Prof. Doutora Sandra Soares, Doutor Nuno Madeira, Filipa Martins

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**ANEXO 2**

**QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**

---

## Questionário Sócio-Demográfico

**Nome** \_\_\_\_\_

**Sexo:** M ☐ F ☐

**Idade:** \_\_\_\_\_

**Idade de Início da Doença:** \_\_\_\_\_

**Duração da Doença (anos):** \_\_\_\_\_

**Estado Civil:** Solteiro ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viúvo ☐

**Agregado Familiar:** Sozinho ☐ Pais ☐ Cônjuge ☐ Amigos ☐ Instituição ☐

**Escolaridade:** Ensino Básico ☐ Ensino Secundário ☐ Ensino Superior ☐

**Profissão:** Empregado ☐ Desempregado ☐ Estudante ☐ Doméstico ☐  
Reformado ☐

**Diagnóstico:** Esquizofrenia ☐ Perturbação Bipolar ☐ Psicótica Breve ☐  
Esquizoafetiva ☐ Outra ☐

**ANEXO 3**

**ESCALA DE EXPERIÊNCIAS SUBJETIVAS DE PSICOSE**

---

## Escala de Experiências Subjetivas de Psicose

Esta escala foi desenvolvida por médicos e utilizadores dos serviços (doentes). O objetivo da mesma é avaliar as experiências de psicose dos indivíduos. A psicose pode abranger ouvir vozes, ver coisas que os outros não vêem, paranóia e crenças incomuns que não são partilhadas pelos outros. Por vezes, estes aspectos são chamados de experiências ou sintomas psicóticos.

As perguntas da escala focam sobre diferentes formas de como estas experiências podem mudar ou afetar a vida dos indivíduos. Algumas delas podem ser aplicadas a si, outras não. As experiências de cada um são diferentes. Pode preencher esta escala sozinho, com a ajuda de um amigo ou profissional de saúde.

Este questionário compreende três secções. Existem exemplos que demonstram como preencher cada uma delas.

### Instruções para as secções 1 e 2

Pense sobre o que costuma chamar às suas experiências (por exemplo, sintomas, vozes, doença, paranóia etc.). Pode utilizar o espaço abaixo para escrever o nome que costuma utilizar para as suas experiências.

As minhas experiências são:

---

---

Passe algum tempo a refletir sobre cada questão e avalie o grau em que as suas experiências o afetaram (para a secção 1) e como foram afetadas (para a secção 2) **durante a última semana**. Para cada questão, considere se houve um efeito positivo ou negativo. Existe um exemplo para cada secção que mostra como poderá fazê-lo.

## Um exemplo sobre como preencher a secção 1:

O João tem vindo a ouvir vozes há já algum tempo. Elas variam na forma como o incomodam. Às vezes, ele fica satisfeito por as vozes serem úteis e lhe servirem de apoio, dando-lhe confiança para sair e conhecer pessoas novas. Noutros momentos, as vozes são humilhantes, o que o faz sentir ansioso, levando-o a evitar os seus amigos. Assim, para o João, as suas experiências por vezes têm um efeito positivo na sua capacidade de socializar, e outras vezes têm um efeito negativo.

Esta escala foi concebida para permitir tanto a avaliação dos aspetos positivos como dos aspetos negativos das suas experiências. Um exemplo de como o João pode preencher um item é apresentado de seguida:

Durante a ultima semana, como é que as suas " <u>vozes</u> " têm afetado a sua:		Nada	Um Pouco	Moderadamente	Bastante	Muito
1. Capacidade para socializar	de uma forma <b>positiva</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	de uma forma <b>negativa</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Como o João apenas ouve vozes, ele usou este termo para descrever as suas experiências na frase acima. Ele identificou que as suas vozes têm um efeito positivo moderado e um pequeno efeito negativo na sua capacidade para socializar.

**Secção 1 - Durante a última semana, como é que as suas experiências têm afetado a sua:**

		Nada	Um Pouco	Moderadamente	Bastante	Muito
1. Capacidade para socializar	de uma forma <b>positiva</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	de uma forma <b>negativa</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Capacidade de confiar nos outros	de uma forma <b>positiva</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	de uma forma <b>negativa</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Relações com amigos e entes queridos	de uma forma <b>positiva</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	de uma forma <b>negativa</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Níveis de ansiedade e stress	de uma forma <b>positiva</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	de uma forma <b>negativa</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Níveis de energia	de uma forma <b>positiva</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	de uma forma <b>negativa</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Capacidade para cuidar de si próprio	de uma forma <b>positiva</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	de uma forma <b>negativa</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Esperança para o futuro	de uma forma <b>positiva</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	de uma forma <b>negativa</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Personalidade/carácter	de uma forma <b>positiva</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	de uma forma <b>negativa</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Motivação para mudar quaisquer experiências que possa ter	de uma forma <b>positiva</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	de uma forma <b>negativa</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Quantidade e/ou qualidade do sono	de uma forma <b>positiva</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	de uma forma <b>negativa</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Capacidade para desfrutar de passatempos e /ou outras actividades	de uma forma <b>positiva</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	de uma forma <b>negativa</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sentimentos de isolamento	de uma forma <b>positiva</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	de uma forma <b>negativa</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Preocupações em deixar de estar bem	de uma forma <b>positiva</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	de uma forma <b>negativa</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Concentração	de uma forma <b>positiva</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	de uma forma <b>negativa</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Participante:  
Data:

15. Níveis de Depressão	de uma forma <b>positiva</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	de uma forma <b>negativa</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sentimentos de "ficar mais forte"	de uma forma <b>positiva</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	de uma forma <b>negativa</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Capacidade de encontrar trabalho (e.g. remunerado ou voluntário)	de uma forma <b>positiva</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	de uma forma <b>negativa</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Preocupações acerca da sua situação financeira	de uma forma <b>positiva</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	de uma forma <b>negativa</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Capacidade de controlar os seus próprios pensamentos	de uma forma <b>positiva</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	de uma forma <b>negativa</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Capacidade de lidar com o quotidiano	de uma forma <b>positiva</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	de uma forma <b>negativa</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Memória	de uma forma <b>positiva</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	de uma forma <b>negativa</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sentimentos de controlo sobre quaisquer experiências que possa ter	de uma forma <b>positiva</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	de uma forma <b>negativa</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Níveis de constrangimento	de uma forma <b>positiva</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	de uma forma <b>negativa</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Sentimentos sobre a sua liberdade e direitos pessoais	de uma forma <b>positiva</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	de uma forma <b>negativa</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Sentimentos de discriminação ou de estar a ser julgado	de uma forma <b>positiva</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	de uma forma <b>negativa</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Capacidade de sentir emoções	de uma forma <b>positiva</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	de uma forma <b>negativa</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Sentimentos de vulnerabilidade	de uma forma <b>positiva</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	de uma forma <b>negativa</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Sentido de identidade pessoal	de uma forma <b>positiva</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	de uma forma <b>negativa</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Quantidade de raiva e frustração	de uma forma <b>positiva</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	de uma forma <b>negativa</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Participante:  
Data:



## Um exemplo sobre como preencher a secção 2:

Esta secção pretende perceber como é que certos aspetos afetaram as suas experiências. Isto pode ser mais uma vez entendido de uma forma positiva ou negativa. Por exemplo, o João sentiu que a medicação que tomou afetou as suas vozes de uma forma moderadamente positiva, uma vez que as suas vozes negativas diminuíram de frequência. Porém, a medicação também afetou as suas vozes de uma forma negativa, pois fez com que as vozes que lhe serviam de apoio diminuíssem.

Então o João avaliou este item da seguinte forma:

Durante a ultima semana, como é que os aspetos seguintes afetaram as suas experiências:

	Não Aplicável		Nada	Um Pouco	Moderadamente	Bastante	Muito
30. Medicação	<input type="radio"/>	de uma forma <b>positiva</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
que tenha tomado		de uma forma <b>negativa</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se alguma das questões não se aplicar a si (por exemplo se não tomar nenhuma medicação/drogas), apenas tem de fazer uma cruz no "Não Aplicável".

Então o João avaliou este item da seguinte forma:

Durante a última semana, como é que os seguintes aspetos afetaram as suas experiências:

	Não Aplicável		Nada	Um Pouco	Moderadamente	Bastante	Muito
30. Medicação	<input checked="" type="radio"/>	de uma forma <b>positiva</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
que tenha tomado		de uma forma <b>negativa</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Secção 2 - Durante a última semana, como é que os seguintes aspetos afetaram as suas experiências:**

		Não Aplicável	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Bastante	Muito
30. Medicação que tenha tomado	<input type="radio"/>	de uma forma <b>positiva</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		de uma forma <b>negativa</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Apoio de outros utilizadores do serviço (doentes)	<input type="radio"/>	de uma forma <b>positiva</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		de uma forma <b>negativa</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Apoio dos amigos e entes queridos	<input type="radio"/>	de uma forma <b>positiva</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		de uma forma <b>negativa</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Apoio que teve dos serviços de saúde mental	<input type="radio"/>	de uma forma <b>positiva</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		de uma forma <b>negativa</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Consumo de álcool e/ou drogas	<input type="radio"/>	de uma forma <b>positiva</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		de uma forma <b>negativa</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Espiritualidade/Crenças religiosas	<input type="radio"/>	de uma forma <b>positiva</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		de uma forma <b>negativa</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Participante:  
Data:

### Um exemplo sobre como preencher a secção 3:

A última secção foca diferentes aspetos das suas experiências durante a última semana.

Para esta secção não há avaliação positiva e negativa.

Então, por exemplo, se o João pensou bastante sobre as suas vozes durante a semana passada, ele responderá à questão da seguinte forma:

Nesta secção, tem de pensar sobre diferentes aspetos das suas experiências durante a última semana:					
	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Bastante	Muito
36. Quanto tem pensado sobre as suas experiências?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Secção 3 - Nesta secção, tem de pensar sobre diferentes aspetos das suas experiências durante a última semana:

	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Bastante	Muito
36. Quanto tem pensado sobre as suas experiências?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Quanto do seu tempo as suas experiências têm sido agradáveis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Quanto do seu tempo as suas experiências têm sido desagradáveis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Quanto tem associado as suas experiências com uma doença Psicótica ou outro problema de saúde mental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Quanto tem considerado as suas experiências como positivas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Quão frequentemente têm ocorrido as suas experiências?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Bastante	Muito
Finalmente, estaríamos interessados em saber se sentiu algum desconforto ao preencher este questionário.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor, use este espaço se quiser deixar algum comentário sobre quaisquer questões que lhe tenham surgido ao preencher este questionário:

---

---

Participante:  
Data: